L'ABI index per calcolare il rischio cardiovascolare

Data 04 marzo 2009
Categoria cardiovascolare

Secondo uno studio la misurazione dell'indice di Windsor è in grado di prevedere il rischio cardiovascolare di un paziente e, in aggiunta al classico modello di Framingham, permetterebbe di migliorare la stratificazione del rischio stesso.

L'indice di Windsor (o Anckle Brachial Index) può aiutare a meglio definire il rischio cardiovascolare di un individuo. Lo suggerisce una metanalisi di 16 studi pubblicata dal JAMA. Nell'analisi sono stati inclusi 24955 uomini e 23339 donne a cui venne misurato l'ABI index e che successivamente furono monitorati per determinare la mortalità totale e cardiovascolare. Si è così potuto dimostrare che chi ha un indice di Windor basso (inferiore a 0,9) ha una mortalità cardiovascolare quattro volte maggiore di chi ha un indice normale (1,11 - 1,40). Mentre negli uomini con ABI index normale la mortalità a 10 anni era del 4,4% in quelli con ABI inferiore a 0,9 era del 18,7%. Nelle donne tali percentuali erano rispettivamente di 4,1% e 12,6%. Questi dati persistevano, anche se lievemente indeboliti, dopo aggiustamento per il rischio cardiovascolare calcolato con lo score di Framingham.
Gli autori consigliano di aggiungere, al classico metodo usato per calcolare il rischio cardiovascolare, anche l'ABI index: questo porterebbe a riclassificare il rischio in circa il 19% degli uomini e in circa il 36% delle donne. Tale riclassificazione potrebbe essere sia in senso migliorativo, sorpattutto negli uomini, sia in senso peggiorativo, soprattutto nelle donne, e potrebbe portare a cambiare le strategie terapeuticihe come per esempio la scelta se usare o meno una statina o un antiaggregante.

Fonte:

Ankle Brachial Index Combined With Framingham Risk Score to Predict Cardiovascular Events and Mortality: A Meta-analysis. Ankle Brachial Index Collaboration. JAMA 2008 Jul 9; 300: 197 - 208.

Commento di Renato Rossi

L'indice caviglia - braccio (o indice ABI o indice di Windsor) è dato dal rapporto tra la pressione arteriosa sistolica misurata a livello della caviglia (arteria pedidia e arteria tibiale posteriore) e quella del braccio (arteria omerale). La misurazione prevede l'uso di un doppler arterioso ma può essere usato anche un minidoppler o pocket doppler. A livello della caviglia andrebbero misurate sia la pressione sistolica della pedidia che della tibiale posteriore e si dovrebbe considerare quella più elevata. L'indice viene usato per sospettare un' arteriopatia obliterante degli arti inferiori e dovrebbe essere misurato in entrambi gli arti. Un rapporto superiore a 0,9 indica che la probabilità di arteriopatia è molto bassa. Per valori compresi tra 0,6 e 0,9 vi è una probabilità moderata di arteriopatia, mentre valori inferiori a 0,6 indicano una probabilità molto alta. Per valori inferiori a 0,5 si è verosimilmente in presenza di una arteriopatia severa. L'indice ABI può portare a falsi negativi nel caso di arterie calcifiche e rigide che non vengono facilmente compresse.
Lo studio recensito in questa pillola mostra che l'ABI index può essere usato anche per predire il rischio cardiovascolare e che, in aggiunta al classico modello derivato dal Framingham, può migliorare la stratificazione del rischio stesso. Per la verità il risultato sembra scontato, almeno nei suoi termini generali: è logico pensare che, a parità di rischio cardiovascolare calcolato con le carte, i pazienti con un basso indice caviglia - braccio (indicativo di arteriopatia periferica agli arti inferiori) possano andar incontro ad un maggior numero di eventi cardiovascolari. Secondo il calcolo degli autori circa un uomo su 5 e una donna su 3 vedrebbero assegnarsi una categoria di rischio diversa se si usassero insieme le due metodologie. Si può capire bene che se questi risultati fossero confermati da studi su popolazioni diverse e su campioni più ampi il metodo dovrebbe essere adottato nella pratica in quanto potrebbe portare a scelte terapeutiche radicalmente diverse. Tuttavia per una misurazione accurata dell'ABI index è necessario dotarsi almeno di un minidoppler e, soprattutto, è necessario dilatare il tempo dedicato alla visita del paziente. Quanti medici sul territorio sono dotati di minidoppler e quanti misurano l'ABI index? E' probabile che questo finisca per diventare un importante ostacolo alla diffusione di questa strategia, almeno nella realtà italiana di tutti i giorni.